1926
Lane Medical Library

Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Gießen
Direktor: Prof. Dr. R. Th. v. Jaschke

Zur Prophylaxe und Therapie des Puerperalfiebers

an Hand der in den letzten 7 Jahren (1919—1926) an der Universitäts-Frauenklinik zu Gießen vorgekommenen Fälle.

Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Hessischen Landes-Universität in Gießen

vorgelegt von

Lasar Kamenetz
aus Riga

Gießen 1926.

20

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Hessischen Landes-Universität zu Gießen.

Referent: Priv.-Doz. Dr. *E. Pribram*

Herrn Dr. med. L. Mill, Riga

in Dankbarkeit gewidmet

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154005_0252

Die Lehre vom Puerperalfieber ist eng mit dem Namen Semmelweis verknüpft, denn erst mit seinen zwar sehr primitiven Maßnahmen beginnt eine sachgemäße Bekämpfung des Puerperalfiebers. Durch die einfache Waschung der Hände mit Chlorkalk ist es ihm gelungen, die gewaltig hohe Mortalität, die an der I. Abteilung des großen Wiener Gratis-Gebärhauses zuweilen 31 % betrug, auf 1 % herabzudrücken. Damit hat er einen experimentellen Beweis für die Richtigkeit seiner Anschauungen erbracht, die aber bei seinen Zeitgenossen keinen Anklang fanden. Erst die zunehmende Erkenntnis vom Wesen des Puerperalfiebers hat ihm die verdiente Anerkennung gesichert, und heute wissen wir in vollem Maße, was wir diesem Mann schuldig sind.

Die Noninfektion und Asepsis, die die Grundlagen der Semmelweis'schen Lehre bilden, sind auch heute noch die souveränen Mittel zur Bekämpfung der puerperalen Erkrankungen, gegen die jedoch in privater Praxis leider noch immer gesündigt wird. Dieses geht aus der Tatsache hervor, daß gerade die schwersten Puerperalfieberfälle von draußen der Klinik zugeführt werden.

Die für unsere heutigen Begriffe sehr primitiven Anschauungen Semmelweis' über das Wesen des Puerperalfiebers haben eine wissenschaftliche Grundlage erhalten als Pasteur im Jahre 1879 den eigentlichen Erreger der puerperalen Infektion, den Streptococcus, im Lochialsekret und Blute zweier Puerperalfälle entdeckte. Mit den immer mehr sich verfeinernden bakteriologischen und serologischen Methoden ist man unaufhörlich bestrebt, Mittel und Wege aufzufinden, mit deren Hilfe man der Infektion Herr werden könnte.

Die genaue Sichtung unseres Krankenmaterials der letzten 14 Jahre und besonders der vorgekommenen Todesfälle weist uns hinreichend darauf, daß das Puerperalfieber eine noch immer mit Recht gefürchtete Erkrankung ist, und daß dort, wo die Erkrankung über die Eintrittspforte weit hinausgeschritten ist und im Organismus ihre deletäre Wirkung festen Boden ergriffen hat, wir immer mit allen unseren Mitteln nicht mehr

viel helfen können, und nur dann, wenn wir rechtzeitig einzugreifen imstande sind, können wir dem traurigen und sonst unvermeidlichen Ausgang zuvorkommen. Hier gilt eben in hervorragendem Maße, daß die Prophylaxe wichtiger ist als die Therapie.

Um ein Urteil über die prophylaktischen und therapeutischen Maßnahmen und deren Resultate an Hand eines größeren Krankenmaterials zu gewinnen wurden von mir alle Fälle von rechtzeitigen- und Frühgeburten berücksichtigt, die in den letzten 7 Jahren (1919—1926) an der Klinik zur Beobachtung gelangten und verglichen mit denjenigen der 7 vorhergegangenen Jahre (1912—1919), die in einer an der Klinik ausgeführten Arbeit zusammengestellt worden waren.

Die Gesichtspunkte, die mich dabei leiteten, waren tunlichst alle fieberhaften Erkrankungen, die mit dem Genitale in ursächlichem Zusammenhang standen, zu berücksichtigen, wobei die leichtesten harmlosen Fälle, wie Lochialstauung etc. und die schweren Infektionen einer gesonderten Betrachtung unterzogen wurden. Dabei hat sich folgende Frequenz der verschiedenen Erkrankungsarten ergeben:

Tabelle 1.

Jahr	leichte puerperale Erkrankungen			Gesamtzahl	schwere puerperale Erkrankungen									Gesamtzahl
	fötide Lochien	Lochiometra	1. Endometr. p.		schwere Endometr. puerper.	Parametr. puerper.	Thrombophlebitis	Peritonitis diffusa	Sepsis puerper.	Diphteria vaginae	Metritis dissecans	unklare Fälle	davon gestorb.	
1919	7	2	8	17	8	5	4	1	1	—	—	1	(3)	20
1920	15	5	5	25	3	5	1	2	1	1	—	—	(3)	13
1921	11	4	14	29	1	2	3	2	4	—	—	1	(7)	13
1922	3	4	9	16	1	1	2	—	1	—	—	—	(1)	5
1923	8	1	6	15	2	1	2	—	1	—	—	—	(—)	6
1924	6	2	6	14	—	—	—	—	3	—	—	—	(2)	3
1925	4	3	7	14	—	—	1	—	3	—	1	1	(2)	6
	54	21	55	130	15	14	13	5	14	1	1	3	(18)	66

Bei dieser Einteilung der Krankenfälle haben wir im Durchschnitt erhalten:

für die leichten puerperalen Erkrankungen — 2,8 Fiebertage und 14 Tage als Dauer der Erkrankung, für die schweren puerperalen Erkrankungen — 12,6 Fiebertage und 45 Tage als Dauer der Erkrankung, wobei ich als „Dauer der Erkrankung" die Zeit vom ersten Temperaturanstieg bis zur Entlassung gerechnet habe. Auch sei noch bemerkt, daß bei einer großen Anzahl der leichten Puerperalfälle die genitale Erkrankung durch anderweitige Erkrankungen extragenitaler Ursache, wie: Bronchitis, Mastitis, Pyelitis, Cystitis u. a. kompliziert war, sodaß wir die an und für sich nicht hohe Zahl von 2,8 Fiebertagen noch viel geringer einschätzen dürfen.

Zu erwähnen ist ferner, daß für dieselbe Zeit insgesamt 927 operative Eingriffe, wie Forceps, Wendung, manuelle Placentalösung, Sectio caesarea, Symphyseotomie, Kraniotomie, Scheiden-Dammnaht u. a. gemacht werden mußten. Wie die Zahl der operativen Eingriffe und der Erkrankungen sich zu der Zahl der Wöchnerinnen verhält, darüber soll die folgende Tabelle Aufschluß geben:

Tabelle 2.

Jahr	Wöchnerinnen	operative Eingriffe	puerperale Erkrankungen			% der Wöchnerinnen
			leichte	schwere	Gesamtzahl	
1919	618	130	17	20	37	6,0
1920	580	133	25	13	38	6,6
1921	593	143	29	13	42	7,0
1922	430	105	16	5	21	5,0
1923	440	142	15	6	21	4,8
1924	435	137	14	3	17	4,0
1925	491	137	14	6	20	4,0
	3587	927	130	66	196	5,5

Aus der Tab. 2. sehen wir, daß in den letzten 7 Jahren bei einer Gesamtzahl von 3587 Wöchnerinnen 196 puerperale Erkrankungen vorgekommen sind, die 5,5 % Gesamtmorbidität ergeben. In Wirklichkeit ist die Zahl der klini-

schen Erkrankungen noch kleiner, denn 29 Frauen waren bereits entbunden der Klinik zugeführt worden. Diese Fälle können wir als solche der Klinik nicht zur Last legen, und nach deren Abzug erhalten wir folgende Werte:

Gesamtzahl der Wöchnerinnen 3 587
„ „ Erkrankungen 167

was eine klinische Gesamtmorbidität von 4,7 % ergibt.

Von den 66 Wöchnerinnen, die an einer schweren Puerperalinfektion erkrankt waren, wurden 48 geheilt, während 18 ad exitum kamen. Von diesen 48 Frauen waren 15 außerhalb der Klinik entbunden und mit schweren Krankheitserscheinungen eingeliefert worden. Nach deren Abzug bekommen wir Resultate wie folgt:

Gesamtzahl der Wöchnerinnen 3 587
„ „ schweren klinischen Puerperalfieberfälle . 33

was 0,9 % in bezug auf die Gesamtzahl der Wöchnerinnen ausmacht.

Zur Besprechung der 18, in denselben 7 Jahren vorgekommenen, Todesfälle übergehend, muß zunächst festgestellt werden, daß in 11 Fällen die Frauen bereits entbunden und hochfiebernd bezw. moribund zur Aufnahme kamen. Bei diesen Fällen handelte es sich um:

Sepsis puerperalis . . . . . 5 mal
Parametritis mit sekundärer Sepsis . . . 1 mal
unklare Fälle . . . . . 2 mal

Von den 5 an Sepsis puerperalis gestorbenen Frauen ist eine mit einem Tetanus puerperalis eingeliefert, davon geheilt worden, trotzdem der allgemeinen Sepsis erlegen; eine ist nach 22 Tagen und zwei sind nach 2 Tagen Aufenthalt in der Klinik gestorben; eine ist schon am Tage der Aufnahme ad exitum gekommen. Bei den drei Fällen von Peritonitis diffusa, war die Blutkultur in einem Falle steril geblieben und die Diagnose lautete zunächst auf Endometritis und Parametritis puerperalis, die Frau ist jedoch nach 11 Tagen unter dem Bilde einer diffusen Peritonitis gestorben. Im zweiten Falle wies das Venenblut Staphylococcen in Reinkultur auf. Der Exitus ist in diesem Falle schon nach 6 Tagen eingetreten. Im dritten Falle handelte es sich um eine Frau, bei der außerhalb der Klinik ein Forceps wegen Temperatursteigerung gemacht worden war. Fünf Tage nachher wurde die Frau in moribundem Zustande der Klinik überwiesen. Der Blut-

befund hat in diesem Falle Streptococcen ergeben; die Frau ist schon am Tage nach der Aufnahme ad exitum gekommen.

In einem Falle von Parametritis puerperalis lag die Geburt schon $2^1/_2$ Wochen zurück. Die Frau ist unter dem Bilde einer langsam fortschreitenden puerperalen Sepsis, die allen therapeutischen Maßnahmen trotzte, gestorben.

Bei den zwei unklaren Fällen handelte es sich einmal um eine Frau, die wegen Abgang von Blutcoagulis und hellrotem Blut 34 Tage post partum eingeliefert worden ist. Die, trotz reichlicher Secalegaben, mißglückte Blutstillung veranlaßte die Ausräumung, welche Abortreste zutage befördert hat, deren histologische Untersuchung Chorionzotten, Deciduazellen, nekrotische Herde mit Kalkablagerungen und leukocytäre Infiltration ergeben hat. Da die Obduktion in diesem Falle verweigert worden war, konnte die unmittelbare Todesursache nicht einwandfrei festgestellt werden. Klinisch war der Verdacht einer Miliartbc. nicht von der Hand zu weisen gewesen.

Im zweiten dieser unklaren Fälle konnte auch durch die Obduktion keine Entscheidung getroffen werden, ob die Sepsis vom Genitale oder von einer alten rekurrierenden Endocarditis ausgegangen war. Bei den in der Klinik entbundenen und letal verlaufenen Fällen lautete die Diagnose:

Sepsis puerperalis	4 mal
Peritonitis diffusa	2 „
Unklarer Fall	1 „

insgesamt 7 Fälle, die eine klinische Mortalität von 0,2% in Bezug auf die Gesamtzahl der Wöchnerinnen und 4,2% in Bezug auf die Zahl der klininischen Erkrankungen ergeben. Bei einem von den vier Fällen von Sepsis puerperalis mußte nach einer Geburtsdauer von 3 Tagen und 4 Stunden, vorzeitigem Blasensprung und vorzeitiger Wendung, die Perforation des nachfolgenden Kopfes ausgeführt werden. Am 39. Tage p. p. ist die Frau ad exitum gekommen. Die Obduktion hat einen großen Defekt in der Uterushinterwand und einen faustgroßen Abszeß im rechten Parametrium ergeben, von welchen die allgemeine Sepsis ihren Ausgang genommen hat.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen Partus praematurus, wobei wegen Blutungen aus der Scheide zweimal außerhalb der Klinik tamponiert worden war. Im Blute der

Patientin sind haemolytische Streptococcen nachgewiesen worden, und der am neunten Tage p. p. erfolgte Exitus wird wohl auf die, bei der in ihrer Wohnung stattgefundenen Tamponade erfolgte, Infektion zurückzuführen sein.

Im dritten Falle war die Frau 3 Wochen vor dem Partus wegen Fluor behandelt worden. Am Tage der Einlieferung bestanden pleuritische Reizerscheinungen und Aufstoßen. Auch sind schon ante partum im Blute Streptococcen nachgewiesen worden. Drei Tage p. p. ist eine Pleuritis und Endocarditis manifest geworden, welche die Ursache für den am 21. Tage p. p. eingetretenen Tod abgegeben hat.

Der vierte Fall war, nach einer außerhalb vorgenommenen und mißglückten Pubotomie der Klinik überwiesen worden, woselbst die Geburt nur durch Kaiserschnitt beendet werden konnte. Am dritten Tage nach der Einlieferung mußten die Fäden der Pubotomiewunde entfernt werden, wonach die Wunde auf der gesamten Länge klaffte und reichlich blutig-eitriges stark riechendes Sekret sich entleerte. Der Exitus ist am zwölften Tage p. o. eingetreten.

In den beiden Fällen von Peritonitis diffusa erfolgte die Geburt durch klassischen Kaiserschnitt, der einmal wegen Placenta praevia isthmica partialis, das andere Mal wegen engen Beckens III° ausgeführt werden mußte. Während der Exitus im ersten Fall am dreizehnten Tage p. o. eingetreten ist, erfolgte er beim zweiten Falle am fünften Tage nach der Geburt. Diese Patientin war wenige Tage vor der Geburt an einer leichten Angina erkrankt.

In dem einen Falle, bei welchem die Todesursache nicht genau festgestellt werden konnte, bestand seit 3 Wochen vor der Geburt eine Erkrankung, die mit Fieber, Schwitzen, trockenem quälendem Husten mit Auswurf und mit Schmerzen im Leib einherging. Blutkultur: an- und aerobe Staphylococcen. Als Ursache für den am neunten Tage p. p. erfolgten Exitus kommen Staphylococcensepsis, Miliartbc. oder Grippe in Betracht. Von den angeführten Todesfällen sind, abgesehen von einem Fall, alle anderen als außerhalb der Klinik infiziert anzusehen.

Ueberblicken wir das hier erwähnte gesamte geburtshilfliche Material in Bezug auf die Resultate der prophylaktischen und therapeutischen Maßnahmen, so müssen dieselben einer gesonderten Betrachtung unterzogen werden.

Die Prophylaxe der puerperalen Erkrankungen.

Wie bereits erwähnt, ist die Noninfektion ein Moment, das in privater Praxis von Aerzten und Hebammen noch immer nicht genügend gewürdigt wird. Dadurch ist es nebst den Fehlern in der A- und Antisepsis vor allem zu erklären, daß die schwersten und letal verlaufenen Erkrankungen bereits infiziert der Klinik zugeführt wurden.

Trotz dem seit den grundlegenden Untersuchungen von Semmelweis immer wieder betont wird, daß die erfolgreichste Maßnahme gegen die puerperalen Erkrankungen die Vermeidung jeglicher Berührung mit infektiösem Material durch Personen, die mit Schwangeren oder Wöchnerinnen zu tun haben, ist, so wird gegen diese selbstverständliche Forderung noch immer häufig gesündigt, wie aus den Krankengeschichten vielfach einwandfrei hervorgeht.

Hier an der Klinik wird in dieser Hinsicht sogar so weit gegangen, daß die frisch Entbundenen von den länger Entbundenen isoliert werden und jedenfalls in den ersten Tagen keinen auswärtigen Besuch empfangen dürfen, um der Gefahr der Herbeibringung von Keimen entgegenzuwirken.

In allen denjenigen Fällen, wo intrauterine Eingriffe vorgenommen werden müssen, haben sich uns die prophylaktischen Argochrominjektionen sehr gut bewährt. Es erhellt dies aus der unten angeführten Tabelle, in der die Resultate von zwei Jahren (1919—1921) mit Prophylaxe den von zwei vorhergegangenen Jahren ohne Prophylaxe gegenübergestellt sind. Die Tabelle wurde aus dem Material der hiesigen Klinik von Schumacher gewonnen:

Tabelle 3.

Jahre	Wöchnerinnen	An genital bedingtem fieberhaftem Wochenbett			
		erkrankt	% der Wöchnerinnen	gestorben	% der Wöchnerinnen
1. 4. 17.—1. 4. 19.	1162	83	8,5	10	0,87
1. 4. 19.—1. 4. 21.	1656	43	2,6	9	0,54

Nebst dem Agrochrom wurde möglichst zeitig Caseosan intravenös verabfolgt, und zwar wird dasselbe in zwei Serien von 0,5 bis 1,0 ansteigend jeden zweiten Tag gegeben.

Nach den ersten drei Injektionen wird eine Pause von 7 Tagen gemacht, der evtl. die zweite Serie von neuerlichen 3 Einspritzungen folgt.

Eine weitere, wichtige prophylaktische Maßnahme ist die Herstellung einer normalen Scheidenflora.

In regelmäßigen Abständen wird bei allen Hausschwangeren das Scheidensekret untersucht, und in Fällen, bei welchen ein patologischer Befund vorliegt werden sofort Spülungen mit 0,5 %iger Milchsäurelösung, nach Zweifel, vorgenommen.

In schweren Fluorfällen mit Kolpitis granularis, leisten oft Auswischungen der Scheide mit Normolaktol, Behandlung mit Thiosept und Argentum-Scheidenbäder nach Menge sehr gute Dienste.

Die Therapie der puerperalen Erkrankungen.

Zu den therapeutischen Maßnahmen übergehend, muß vor allem hervorgehoben werden, daß die Erfolge derselben von der Art und Schwere der Infektion, von der allgemeinen Widerstandsfähigkeit des Körpers und von der Leistungsfähigkeit des Herzens abhängig sein wird.

Was die Art der Infektion anbelangt, so ist man seit Jahren bestrebt, aus dem bakteriellen Befund resp. dem kulturellen Verhalten der Bakterien ein Urteil für die Prognose der puerperalen Erkrankungen zu gewinnen.

Die zu diesem Zwecke angegebenen Verfahren, wie: das Arneth'sche Blutbild, die Sigwart'sche Virulenzbestimmung der Streptococcen die in eine nährstoffarme Bouillon verimpft wurden und die neuere Ruge-Philipp'sche Methode, konnten nicht restlos befriedigen, wie die Untersuchung an zahlreichen Fällen, die durch Pribram und Baake an der hiesigen Klinik ausgeführt worden ist, ergeben hat, denn alle diese Methoden stellen lediglich Laboratoriumsversuche dar. Im Verein mit dem übrigen Krankheitsbild geben dieselben fraglos gewisse Fingerzeige für die Schwere der Infektion und Prognose, das wichtigste Moment jedoch lassen sie außer Acht — die Bedeutung der Lokalisation der Infektion, die lokalen Gewebsverhältnisse und vor allem die allgemeine Resistenzfähigkeit des Organismus.

Im Allgemeinen läßt sich natürlich sagen, daß der Nachweis hämolytischer Streptococcen, besonders wenn dieselben

in die Blutbahn eingebrochen sind, eine sehr ernste Prognose gibt, wenn auch hinreichend Fälle bekannt sind, in denen durch nicht hämolytische Streptococcen oder Staphylococcen eine außerordentlich schwere, evtl. auch zum Tode führende Erkrankung hervorgerufen wurde. Andererseits kann auch trotz der nachgewiesenen hämolytischen Streptococcen die Erkrankung leicht und günstig verlaufen.

Ein weiteres Moment von nicht zu unterschätzender Bedeutung für die Beurteilung der Schwere eines Puerperalfiebers ist die schon erwähnte Widerstandsfähigkeit des ergriffenen Organismus. Von diesem Faktor hängt aber letzten Endes seine Resistenz gegen die krankmachende Noxe ab, den wir aber mit keinen bakteriologischen Methoden feststellen können.

Von der Tatsache ausgehend, daß die Wirkung der Bakteriengifte eine spezifische Lähmung von verschiedenen lebenswichtigen Zentren ist, unter welchen das der Vasomotoren eine wesentliche Rolle spielt, deren Schädigung die Beeinträchtigung der Herztätigkeit zur unmittelbaren Folge hat, wies v. Jaschke schon im Jahre 1910 und in einer späteren Schrift (Klin. Woch. 2. Jg. Nr. 28, S. 1320, 1923) auf die Notwendigkeit der fortlaufenden Kontrolle jenes wichtigen Zentralapparates, der für den Ausgang des Puerperalfiebers von entscheidender Bedeutung ist, nämlich des Herzgefäßapparates, hin.

Aehnlich wie bei vielen anderen Infektionskrankheiten steht auch beim Puerperalfieber obenan die Gefahr des Zirkulationsstillstandes infolge Lähmung der Splanchnicusgefäße. Bei der hohen Bedeutung des Tonus der letzteren für die Erhaltung des Blutdruckes, spielt auch dessen Nachlassen die Hauptrolle bei der Zirkulationsstörung beim Puerperalfieber. Der Grad der Erschlaffung der Splanchnicusgefäße hängt wesentlich von der Schwere der Erkrankung ab. v. Jaschke wies darauf hin, „daß sobald die Splanchnicusparese gefährliche Grade erreicht, der durch dieselbe bedingte Druckabfall in allen günstig verlaufenden Fällen durch eine erhöhte Herztätigkeit kompensiert wird. Diese können wir klinisch genau feststellen und sowohl in ihrer Entwicklung wie in ihrem Bestande mittels Pulsdruckmessung und Beachtung des Verhaltens des 2. Aortentones exakt verfolgen."

Die Therapie der gefährlichen Blutdrucksenkung besteht in der Verabreichung von Mitteln, welche den Gefäßtonus zu heben und gleichzeitig das Herz zu kräftigen vermögen.

Solche Mittel sind: Digitalis, Coffein und Adrenalin resp. Pituglandol.

Weitere therapeutische Maßnahmen sind zu Beginn der Erkrankung Sekakornin in reichlichen Dosen und stündlich Eisbeutel auf den Leib, des ferneren, die bei den prophylaktischen Maßnahmen erwähnten, intravenösen Argochrom- und Caseosaninjektionen. Auch mäßige Gaben von Alkohol, wie Wein und Sekt sind zur Unterstützung der allgemeinen Maßnahmen empfehlenswert.

In einer ganzen Anzahl auch schwerer puerperalen Erkrankungen mit allgemeiner Infektion ist uns gelungen, durch die erwähnten Maßnahmen günstige Erfolge zu erzielen. Es wird dies aus einem Vergleich der Behandlungsresultate unserer Klinik aus den Jahren 1912—1919 mit denen bis zum Jahre 1926 ersichtlich.

Tabelle 4.

Jahre	Wöchnerinnen	%		gestorben	
		der gesamten Puerperalfieberfälle	der Schweren Puerperalfieberfälle	% der Wöchnerinnen	% der Erkrankungen
1912—1919	4078	5,2	1,8	0,32	6,1
1919—1926	3587	4,7	0,9	0,2	4,2

Wie sich aus der Tabelle ergibt, gelang es durch die erwähnten prophylaktischen und therapeutischen Maßnahmen die Zahl der puerperalen Erkrankungen und Todesfälle in den letzten 7 Jahren wesentlich zu vermindern. Dabei ist zu bemerken, daß dies trotz der täglich stattfindenden Untersuchungen von Schwangeren und Kreißenden zu Lehrzwecken durch Studierende und Hebammenschülerinnen möglich war.

Auch im Vergleich mit anderen Kliniken, soweit die Zahlen der Literatur zu entnehmen waren, können wir mit den von uns erzielten Resultaten zufrieden sein. So haben:

	Morbidität	Mortalität
Englische Gebärstationen . .	6—8%	3—4% der Erkrankten
Pennsylvania College Hosp.	8,6%	3,5% „ „
I. čech. geb. Klinik in Prag	17,86%	2,08% in 6 Monaten 1922/23
Königsberg i. Pr.	13,5%	0,3% d. Gesamtzahl d. Wöchnerinn.
Würzburg	5,23%	0,12% „ „ „ „

Wenn wir durch unsere derzeit übliche Therapie nicht selten auch schwere Fälle von Puerperalfieber durchzubringen vermögen, so kommt doch der Prophylaxe noch immer die wesentlichere Rolle zu. Daß sie von ausschlaggebender Bedeutung ist, glaube ich durch die früher angeführten Tabellen dargetan zu haben, die eine ständige Abnahme der Zahl besonders der schweren puerperalen Infektionen an unserem klinischen Material zeigen.

Zum Schlusse obliegt mir noch die angenehme Pflicht, meinen verehrten Lehrern Herrn Prof. Dr. R. Th. v. Jaschke und Herrn Priv. Doz. Dr. E. Pribram für die liebenswürdige Ueberlassung des Materials und Unterstützung bei der Bearbeitung des Themas meinen verbindlichsten Dank abzustatten.

Literaturverzeichnis.

Semmelweis, I. Ph.: Die Aetiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kindbettfiebers.

Bumm, E.: Grundriß zum Studium der Geburtshilfe. 1921.

Convelaire, A.: Esquise de l'histoire de la fièvre puerpérale. Gynecol. et obstetr. Bd. 8. Nr. 1, 1923.

Bazala, Gustav: Behandlung des Kindbettfiebers. Casopis lékařuv českych. Jg. 63, Nr. 10, S. 418—423, und Nr. 11, S. 452—455, 1924 (Tschechisch).

Salomon, R. und Bieringer, S.: Beiträge zur Prophylaxe des Wochenbettfiebers. Klin. Wochenschrift, Jg. 3. Nr. 38, 1924.

Scholten, Gustav C. J.: Ueber die Behandlung des Puerperalfiebers mit Kupfer-Silberlösung. Monatsschrift für Geb. und Gyn. Bd. 67, 1924.

v. Jaschke und Pankow: Lehrbuch der Geburtshilfe. 1920.

v. Jaschke, R. Th.: Die Prognosestellung beim Puerperalfieber. Kl. Woch. Jg. 2. Nr. 28, 1923.

Fothergill, W. E.: A lecture on puerperal pelvic infection. Brit. med. journ. Nr. 3305. S. 773—774. 1924.

Pribram, Egon: Zur kulturellen Virulenzprüfung von Cervix- und Scheidenkeimen und ihre Bedeutung für die postoperative Morbidität und Mortalität. Zentralblatt f. Gyn. Nr. 3, 1926.

Zweifel, P.: Im Handbuch der Geburtshilfe von A. Döderlein 1920.

Schumacher, Paul: Argochrom in der Geburtshilfe unter spezieller Berücksichtigung seiner Leistungsfähigkeit als Prophylaktikum. Zeitschr. für Geb. und Gyn. Bd. 85, 1923.